

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

1909

N°

151

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Février 1909, à 1 heure

PAR

DELMAS

DES

ADHÉRENCES DOULOUREUSES

PÉRICOÉCALES

CONSÉCUTIVES A L'APPENDICECTOMIE

Président : M. RECLUS, *Professeur.*
MM. BRISSAUD, *Professeur.*
Juges : } ROGER, *Professeur*
Pierre DUVAL, *Agrégé.*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

M. LANDOUZY.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Parasitologie. Histoire naturelle et médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ DEJÉRINE
	{ BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N ..
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
	{ DEBOVE
Clinique médicale	{ LANDOUZY
	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ DELBET
Clinique chirurgicale	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	{ PINARD
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMEIN	LECENE	OMBRÉDANNE
BESANCON Fernand	DESGREZ	LENORMAND	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LOEPER	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEGRY	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD.
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Février 1909, à 4 heure

PAR

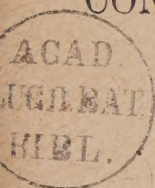
DELMAS

DES

ADHÉRENCES DOULOUREUSES

PÉRICOECALES

CONSÉCUTIVES A L'APPENDICECTOMIE



Président : M. RECLUS, *Professeur.*
Juges : { MM. BRISSAUD, *Professeur.*
 { ROGER, *Professeur*
 { Pierre DUVAL, *Agrégé.*

PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

A MON PÈRE ET PREMIER MAITRE

Monsieur le Docteur DELMAS

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PAUL RECLUS

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital la « Charité »

Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Parmi les complications lointaines de l'appendicectomie, il en est une sur laquelle nous voulons attirer l'attention ; elle est assez fréquente pour que l'on y attache quelque importance, elle vaut la peine d'être signalée puisqu'elle peut être évitée par le chirurgien.

Un appendice a été enlevé dans de bonnes conditions, son ablation, croit-on, va faire cesser tous les troubles ressentis précédemment par le malade et voilà que les phénomènes dont celui-ci se plaignait n'ont pas complètement disparus et se reproduisent dans quelques cas avec une grande ténacité.

On a essayé de mettre ces troubles post-opératoires sur le compte de névralgies, d'entérite, de typhlite ; nous avons affaire en réalité à des adhérences péri-cœcales.

Nous essayerons dans ce modeste travail de retracer l'histoire des recherches relatives à ce sujet, de décrire les symptômes de cette affection, d'en étudier la pathogénie pour préconiser un traitement capable de supprimer la cause et de prévenir le mal.

Avant de commencer cette étude, c'est pour nous un agréable devoir que d'exprimer nos profonds sentiments de reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les Professeurs Reclus, Raymond, MM. les Professeurs agrégés Tuffier, Troisier, Zimmern, MM. les Docteurs Arrou, Barié, Doléris.

Monsieur le Professeur Reclus nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous soit permis de lui exprimer ici toute notre reconnaissance et de le remercier respectueusement de ses leçons magistrales.

HISTORIQUE

Après de nombreuses recherches, il nous est permis de dire que l'histoire de ces adhérences est restée un peu dans l'ombre ; aussi est-elle peu connue.

Dans sa thèse inaugurale sur « les difficultés de l'appendicectomie et les accidents consécutifs » Kouindjy, en 1908, signale que, dans quelques cas, l'appendicectomie peut être une opération nullement définitive.

Les malades peuvent être atteints d'une appendicite récidivante malgré l'ablation de l'appendice.

La même année, Cochot oppose aux récidives vraies se produisant dans les cas traités par l'incision simple de l'abcès péricœcal, les récidives fausses qui se caractérisent par des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs ne pouvant être rapportées à l'appendice enlevé.

En 1899, Levrey constate que certains malades opérés d'appendicite continuent à souffrir dans leur fosse iliaque droite. Ces phénomènes, dit-il, sont dus à l'existence probable de poussées d'épiploïte.

Cottier, inspiré par Broca, Béra, Schnitzler,

Schwartz, Walter, à la Société de Chirurgie, rapportent quelques observations se rattachant à notre sujet.

En 1905, sir Lander Branton signale à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres la persistance de douleurs chez les appendiculaires après résection de l'appendice, mais les attribue uniquement à la colite chronique.

Pletner et Mintz ont observé ces cas « de pseudo-appendicite consécutive à l'appendicectomie » et caractérisée par l'apparition de nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite.

Ils rapportent ces phénomènes à l'existence d'adhérences post-opératoires pour la destruction desquelles ils ont pratiqué une seconde laparotomie amenant la guérison de leur malade.

Le Professeur Diakonow, de Moscou, signale, dans le *Kirurgier*, deux cas où des douleurs violentes apparaissent chez des sujets ayant subi l'ablation de l'appendice enflammé ; pour lui, c'est dû à un défaut dans la technique opératoire.

Duvergey, dans la *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales* de Bordeaux, cite plusieurs cas où, après l'appendicectomie, nous voyons réapparaître des douleurs et phénomènes analogues à ceux de la crise appendiculaire ; une deuxième laparotomie lui permet de vérifier le diagnostic qu'il avait posé d'adhérences péricœcales.

La thèse de Grouew (1906) sur les occlusions intestinales appendiculaires renferme plusieurs observations d'occlusion post-opératoire dues à M. Marion et rap-

portées par Broca dans ses *Leçons de clinique de chirurgie infantile*.

Plus près de nous, Cazaillet (1907) étudie une complication post opératoire de l'appendicite : « adhérences péritonéales consécutives à l'appendicectomie ».

Depuis, Lorenz signale, à la Société impéριο-royale des Médecins de Vienne, que trois fois il a rencontré des occlusions intestinales survenant après résection du vermis, et M. Charrier, chef de clinique de M. le Professeur Lancelongue de Bordeaux, présente à la Société d'Anatomie et de Physiologie, l'observation d'un malade à qui son maître pratiqua l'appendicectomie et qui revint dans le service quelques mois plus tard pour des phénomènes d'occlusion intestinale.

Ainsi, les faits sur lesquels nous attirons aujourd'hui l'attention sont nouveaux, mais n'étaient point inconnus avant notre travail.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons les adhérences péricœcales consécutives à l'appendicectomie d'après les observations que nous avons pu recueillir.

Après une appendicectomie, à une date variable, au moment de la convalescence, quelques mois ou quelques années plus tard, les malades commencent à éprouver à nouveau des douleurs dans leur fosse iliaque droite.

Le début de ces accidents est le plus souvent insidieux ; on a cependant signalé des cas rappelant par leur début la crise appendiculaire. Dans cette forme aiguë, la douleur est atroce et s'irradie au reste de l'abdomen, tout en restant plus vive au voisinage de la fosse iliaque droite. Les vomissements accompagnent une constipation opiniâtre ; mais ce qui distingue cette crise de la vraie crise appendiculaire, c'est l'absence de fièvre ; le pouls est fréquent. C'est à ce tableau que Cochet donne le nom de *récidives appendiculaires fausses*.

Nous aurons surtout en vue la forme la plus commune, la forme chronique. Les suites de l'appendicectomie ont été excellentes, puis à la suite de fatigues, la fosse iliaque devient douloureuse,

C'est d'abord de la gêne, puis peu à peu une sorte de pesanteur, des tiraillements, des lancées douloureuses. Le moindre écart de régime, le moindre encombrement cœcal provoquent une légère recrudescence des accidents : tendance de la douleur à se généraliser, dilatation intestinale, arrêt des matières et des gaz pendant quelques heures.

Chez certains opérés, les phénomènes douloureux deviennent permanents mais restent frustés ; chez d'autres à intervalles plus ou moins éloignés, apparaissent des crises paroxystiques parfois très violentes accompagnées de vomissements.

Dans tous les cas, le point de départ de ces douleurs est nettement localisé à la fosse iliaque droite.

L'examen révèle la présence d'une cicatrice opératoire normale sans éventration.

On note du ballonnement très variable. Chez les enfants, le tympanisme est rarement très considérable ; au contraire, chez les adultes et surtout chez les sujets à estomac dilaté, gros mangeurs, grands buveurs et chez tous ceux dont les fonctions gastro-intestinales laissent à désirer, le ballonnement est en général très marqué et son développement peut être extrêmement rapide. Les douleurs, dans ces cas de ballonnement exagéré, sont peu intenses.

Si on fait glisser les téguments de la paroi abdominale sur les plans profonds, on perçoit un froissement neigeux très net.

Dans quelques cas, un gros boudin cœcal est une preuve manifeste d'obstruction intestinale.

La répercussion sur l'état général se manifeste par la perte de l'appétit, la déperdition des forces, de l'amaigrissement plus ou moins marqué et des modifications dans le caractère, qui devient difficile et irascible.

Ainsi deux grands symptômes :

1° Des troubles douloureux allant des tiraillements, des simples coliques jusqu'aux coliques violentes, aux douleurs très vives ;

2° Des symptômes de stase intestinale depuis le simple ralentissement de la circulation des matières fécales jusqu'à leur arrêt absolu.

Cet arrêt constitue un syndrome créé par les adhérences consécutives.

Nous reproduisons plusieurs observations qui vont nous permettre d'établir la pathogénie des troubles consécutifs à l'appendicectomie.

OBSERVATION I

M. B..., âgé de 26 ans, entre le 8 mai 1903 dans le service de M. le Professeur Berger, salle Malgaigne, n° 15, parce qu'à la suite d'une appendicectomie pratiquée en 1901 il continue à éprouver des douleurs dans la fosse iliaque droite.

La première crise appendiculaire remonte au mois de juin 1901 et dura huit jours.

La deuxième, plus violente, s'accompagne de fièvre et de vomissements ; le malade entre à l'hôpital en septembre 1901.

A l'examen, on constate du ballonnement de la fosse iliaque droite, de la douleur au palper et un empâtement de la région.

Le malade reste en observation pendant huit jours, on laisse refroidir et le 25 septembre on fait l'opération.

Incision de la paroi et recherches laborieuses de l'appendice, on tombe sur un foyer purulent ouvert et drainé, on enlève le drain le 7 octobre.

Le malade guéri sort de l'hôpital le 24 octobre 1901.

Depuis sa sortie de l'hôpital, M. B... a éprouvé des douleurs continues dans sa fosse iliaque droite, les tiraillements alternent avec des lancées aiguës.

Les moindres mouvements exaspèrent ces phénomènes. La constipation est opiniâtre et la présence d'un gros boudin cœcal permet d'affirmer que l'obstruction siège dans la fosse iliaque droite. Pas d'entéro-colite. Pas de vomisse-

ments. Le malade est obligé de garder le repos absolu au lit pour calmer ses douleurs.

Aujourd'hui, 8 mai 1903, l'examen nous montre une cicatrice post-opératoire normale.

La fosse iliaque droite, douloureuse à la pression, est occupée par un gros boudin cœcal.

La laparotomie est pratiquée à nouveau.

Le péritoine ouvert, on trouve de nombreuses adhérences du grand épiploon avec la paroi abdominale, du cœcum avec la fosse iliaque et l'intestin.

Toutes les adhérences sont détachées et liées séparément.

Le péritoine est refermé, les plans musculaires et la peau suturés.

Les troubles disparaissent complètement.

OBSERVATION II

Y. K..., âgée de 31 ans, entre le 5 juin 1906 à l'Hôpital Bichat, service de M. le Docteur Picquet.

La malade a eu trois crises antérieures.

La première, d'une durée de huit jours, s'accompagna de fièvre et de vomissements.

La deuxième, vomissements moins violents.

La troisième est celle pour laquelle la malade entre à l'hôpital, on laisse refroidir le foyer appendiculaire.

La malade est opérée le 20 juin, son appendice, sectionné au thermocautère, est enfoui. Réunion par première intention.

Un mois environ après l'opération, la malade a des nausées, éprouve des sensations de déchirures et de tiraillements. Ces troubles persistants s'accroissent par leur fréquence et empêchent la malade de faire quoi que ce soit.

Elle revient nous voir le 6 août.

L'examen nous révèle la présence d'un boudin cœcal. La palpation est douloureuse. Le toucher vaginal ne donne rien.

Mise au repos, la malade continue à souffrir.

Laparotomie pratiquée le 15 août.

La cavité péritonéale est ouverte avec précautions, l'épiploon adhère au cœcum et à la paroi. Des brides relient le cœcum aux anses intestinales voisines.

Les adhérences sont libérées et ligaturées. L'abdomen refermé, réunion par première intention. La malade quitte le service le 8 septembre bien portante.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr FAYOLLE)

Marcelle R..., 21 ans, nous consulte pour troubles dans l'abdomen à la suite d'appendicectomie pour appendicite suppurée survenue en juin 1907.

La malade prétend avoir été opérée à chaud ; consécutivement, un drainage de 24 jours. L'appendice avait été enlevé.

Depuis, la malade éprouve de violentes coliques dans la fosse iliaque droite. L'abdomen est ballonné, les anses se dessinent sous la peau. La constipation dure trois, quatre jours et s'accompagne d'une débâcle diarrhéique. Quelques vomissements alimentaires. Pas de vomissements fécaloïdes.

A ces crises passagères succèdent, pour durer constamment, des douleurs subissant une exacerbation à la suite

d'un mouvement un peu brusque, comme le saut ou la marche rapide.

Ces phénomènes nous font proposer une deuxième intervention à la malade. Réopérée le 7 novembre 1907, on fait une incision sur la cicatrice, le péritoine est ouvert et l'on tombe sur des adhérences épiploïques multiples. On libère tour à tour des adhérences avec le cœcum, la paroi, la portion terminale de l'intestin ; croisant la face antérieure du cœcum, une bride que l'on sectionne.

La malade est actuellement bien portante et peut vaquer à ses occupations.

OBSERVATION IV (inédite)

(Service de M. le Professeur BOUSQUET, à Clermont-Ferrand)

M. Franck W..., âgé de 27 ans, présente le 7 février 1908 une violente crise d'appendicite. Fièvre, vomissements, intervention d'urgence.

On ouvre et on tombe sur un foyer purulent qu'on incise et draine ; appendice réséqué.

Quelque temps après l'opération, tiraillements, douleurs, coliques, hyperesthésie cutanée de la fosse iliaque droite. Pas d'entéro-colite. Le diagnostic d'adhérences est posé.

Nouvelle intervention, on tombe sur de nombreuses adhérences constituées par des brides épiploïques s'insérant sur la cicatrice ou dans le voisinage. D'autres adhérences partant du cœcum vont aboutir à la cicatrice.

Toutes les adhérences sont détruites et enfouies.

Le malade se rétablit et ne ressent plus aucun trouble.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur DIAKONOW, de Moscou)

La malade, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital le 17 janvier 1906.

Son père, âgé de 59 ans, est vivant et bien fort.

Sa mère, 55 ans, est bien portante.

Un de ses frères est mort, il y a cinq ans, de tuberculose, à l'âge de 21 ans.

La malade a eu plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Le 20 juin 1905, la malade ressentit une violente douleur du côté droit, elle perdit connaissance ; revenue à elle, elle a des nausées sans vomissements. Quelques jours de repos au lit atténuent la douleur, pas de fièvre. Au mois de septembre de la même année, une nouvelle crise réveille chez elle de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite avec un foyer d'intensité maximum au point de Mac Burney. Repos au lit, diète hydrique, guérison au bout de quinze jours.

Le 7 janvier 1906, la malade éprouve une sensation désagréable dans tout le côté droit. Le ventre est ballonné, la sensibilité de la peau de la région appendiculaire est augmentée. Des nausées, pas de vomissements.

La palpation profonde dénote un empâtement de la fosse iliaque droite. Le diagnostic d'appendicite chronique est posé ; la malade, mise au repos et à l'eau, est opérée le 21 janvier par le professeur Diakonow.

L'appendice est libéré de son méso, ligaturé et sectionné au thermocautère ; on fait l'enfouissement du moignon. L'appendice, long de 6 centimètres, est dilaté dans sa par-

tie supérieure, rétréci dans sa portion inférieure. La lumière est à peine visible. Au microscope, on constate de la folliculite et des infiltrations jusqu'à la musculuse. La guérison est rapide et le 6 février, la malade quitte notre clinique.

Le 20 mars, la malade revient nous voir. Elle ressent depuis une huitaine de jours des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle a eu des nausées et se plaint d'une constipation opiniâtre. Nouvel examen. Au niveau de la cicatrice, pas d'éventration, la palpation est très douloureuse.

La marche est des plus pénibles et détermine chez notre malade un peu de boiterie. Du côté de l'articulation coxo-fémorale droite rien d'anormal, tous les mouvements sont possibles et non douloureux. Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, nous permet de sentir dans la profondeur un gros boudin cœcal. Nous décidons la malade à accepter une nouvelle intervention.

Le 28 mars, nouvelle laparotomie. Incision suivant la cicatrice, ouverture du péritoine ; nous rencontrons de nombreuses adhérences du cœcum avec l'épiploon, avec le péritoine et avec les anses libres de l'intestin ; nous libérons et lions les pédicules de chaque adhérence.

La paroi est refermée soigneusement.

La malade sort guérie le 25 août.

Depuis, nous l'avons revue, elle est bien portante et n'a jamais plus éprouvé de douleurs de sa fosse iliaque droite.

OBSERVATION VI

(D'après RICHELOT, in *Thèse KOUINDJY*, 1898)

CRISES APPENDICULAIRES APRÈS L'AMPUTATION CHIRURGICALE DE L'APPENDICE. — PRÉSENCE D'UN CORDON SIMULANT L'APPENDICE A

LA PALPATION. — INTERVENTION SECONDAIRE. — LIBÉRATION DES ADHÉRENCES DU CŒCUM ET DE L'INTESTIN. — GUÉRISON COMPLÈTE APRÈS LA SECONDE OPÉRATION.

Amélie P..., femme C..., âgée de 29 ans, chenilleuse, a eu, à 12 ans, une fièvre typhoïde.

Réglée à 17 ans, mais irrégulièrement ; castration ovarienne en 1890.

Au commencement de l'année 1896, malade, prise d'une forte crise d'appendicite qui la force à rester au lit cinq jours.

Douleurs au point de Mac Burney.

Ballonnement du ventre.

Hyperesthésie cutanée de la fosse iliaque droite. Douleurs à la palpation et vomissements.

Chaque mois nouvelle crise d'une durée de trois à quatre jours.

Les deux derniers mois, obligée de s'aliter sans pouvoir marcher, tant la douleur de la fosse iliaque droite était forte.

4 juin, appendicectomie.

Cœcum sans adhérences, très sain et libre dans la fosse iliaque. On trouve facilement l'appendice. Celui-ci est long, non adhérent, fixé seulement au cœcum par un méso graisseux paraissant sain. En deux ou trois points, ce méso est bosselé ; on suppose que ce sont de petites concrétions ; ablation de l'appendice.

La malade se porte bien jusqu'en novembre 1897. A cette époque, elle revient, se plaignant de douleurs abdominales, accompagnées de temps à autre par un peu de ballonnement du ventre, du péritonisme, d'envies de vomir, toujours entravées ; la malade réclame l'intervention chirurgicale.

Le 15 janvier 1898, opération : incision sur l'ancienne cicatrice de l'appendicectomie.

Le péritoine ouvert, on arrive sur le cœcum, entouré d'adhérences et fortement adhérent à la paroi abdominale au voisinage de l'ancienne plaie.

L'induration verticale, sentie par la palpation avant l'intervention, était formée par la bandelette antérieure des fibres musculaires longitudinales de l'intestin, tendue comme une corde et fixée en bas par des adhérences. On libère facilement le cœcum qu'on abandonne dans l'abdomen. Le moignon appendiculaire est bien cicatrisé ; opération terminée sans complications.

Sortie de l'hôpital, nous suivons la malade qui n'a ni éventration, ni hernie, mais conserve une constipation rebelle, ne cédant qu'aux lavements et aux purgatifs. La constipation est accompagnée de quelques douleurs sourdes ressenties dans la fosse iliaque droite ; elles cessent avec la purgation et ne reviennent qu'à la prochaine constipation. En dehors de ces légères douleurs, la malade n'accuse aucune autre suite opératoire.

OBSERVATION VII

(Th. COCHOT, in , 1898 99)

AMPUTATION SPONTANÉE DE L'APPENDICE. — INTERVENTION ET GUÉRISON APRÈS LIBÉRATION. — ADHÉRENCES DU COECUM ET DE L'INTESTIN.

M. J. B..., âgé de 16 ans, fut pris, au mois de novembre 1895, d'une première crise d'appendicite aiguë avec péritonite localisée qui se termina sans intervention chirurgicale. Le chirurgien vit le malade, pour la première fois, cinq mois avant la publication de cette observation, après le début des accidents, en mars 1896.

Depuis J. B... a eu six nouvelles attaques, les trois premières dans les mois de janvier et de février et la dernière crise trois semaines avant l'arrivée du malade à Paris.

A la palpation de la fosse iliaque droite, on trouve nettement le point de Mac Burney, et au même endroit un cylindre du volume du petit doigt, long de 3 à 4 centimètres, se dirigeant en bas et en dedans vers le pubis. C'est alors que M. Demoulin proposa l'intervention à froid, ce qui fut accepté et pratiqué.

Après avoir fait l'incision de Roux, le péritoine ouvert, le chirurgien tomba sur une corde épiploïque, adhérente à la face antérieure du cœcum, qu'on avait prise pour l'appendice. Sur la face postérieure et interne et sur le fond, on trouva de nombreuses brides péritonéales fixant le gros intestin au péritoine de la fosse iliaque. Après quelque temps, on finit par libérer le cœcum, mais on ne trouve qu'une légère trace de l'appendice, vermiforme, qui avait été amputé spontanément à sa base, lors de la première crise, ainsi que le prouvait l'existence d'un petit moignon fibreux, imperméable au stylet, long de 2 à 3 millimètres à peine et siégeant au point où s'incise normalement le diverticule du cœcum. Poursuivant les recherches sur la face interne de la portion initiale du gros intestin, M. Demoulin trouva des lésions très accentuées : l'intestin grêle, à sa terminaison, sur une longueur de 2 centimètres environ, adhérait à la face interne du cœcum par des brides péritonéales très courtes et extrêmement résistantes. Ces brides se terminaient au-dessus de l'embouchure du grêle, dans le gros intestin, de telle sorte qu'il y avait une coudure brusque de l'intestin grêle au niveau de la valvule ilio-cœcale. On parvint à détruire les adhérences et à rétablir les organes dans leur état normal ou à peu près, surtout à rendre à l'intestin grêle sa situation normale par rapport au cœcum et à tous les deux leur mobilité.

Derrière le cœcum et dans la portion terminale du

mésentère, on trouva cinq ou six ganglions lymphatiques du volume d'un pois qu'on enleva sur place.

L'opération avait duré une heure et demie et avait donné lieu à une hémorrhagie assez abondante. Malgré l'absence de pus, on met un drain et deux mèches de gaze dans la plaie.

Pas de réaction fébrile. Guérison sans éventration, grâce à la suture en étages. Depuis dix-huit mois, le malade se porte bien et n'a pas eu de nouvelles crises.

OBSERVATION VIII

(Thèse, Paris, Cochet, 1898)

APPENDICITE A RÉPÉTITION. — INTERVENTION A FROID ET DÉTACHEMENT DES ADHÉRENCES SANS RÉSECTION DE L'APPENDICE. — GUÉRISON. — APPENDICECTOMIE. — DEUXIÈME INTERVENTION. — LIBÉRATION D'ADHÉRENCES PÉRICŒCALES.

D... Alphonse, âgé de 51 ans, imprimeur, entré dans le service de M. le Dr Tessier le 19 mars 1896.

Antécédents héréditaires : pas de bacillose.

Antécédents personnels : fièvre intermittente à l'âge de 22 ans. Rhumatisme articulaire aigu en 1867 et en 1871.

Eczéma des jambes.

Début de la maladie au mois de septembre 1894 ; pendant quatre jours coliques violentes, accompagnées de nausées et de constipation.

Nouvelle crise en février 1894.

Troisième crise le 8 mars 1894.

On constate alors, pour la première fois, une tuméfaction

dans le flanc droit, bosselée, dure, de la grosseur du poing, douloureuse à la pression. Elle s'étend au milieu de la crête iliaque en arrière sur une ligne de quatre travers de doigt en avant ; son centre est situé sur une ligne horizontale passant par l'ombilic. Sa partie inférieure, logée dans la fosse iliaque, n'atteint pas l'arcade crurale.

Nulle part, on ne sent la fluctuation.

La tumeur, saisie à pleines mains à travers la paroi abdominale épaissie, paraît mobile.

Les doigts peuvent être enfoncés entre la tumeur et les fausses côtes et la délimiter franchement d'avec le foie.

Opération. — Chloroforme.

Incision de 15 centimètres dans la fosse iliaque droite, à concavité dirigée vers l'ombilic. On tombe sur le côlon ascendant, rouge et enflammé. Les anses voisines de l'intestin grêle sont accolées par une substance jaunâtre, fibreuse plutôt que purulente ; elles constituent ainsi une masse empâtée dans la fosse iliaque.

Libération des adhérences ; amputation de l'appendice, contenant un corps étranger fécaloïde. Lavage de la fosse iliaque et drainage.

Le malade sort guéri le 3 mai 1894.

Au mois de novembre 1894, nouvelles douleurs survenant par crises.

La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse et révèle la présence d'un empâtement profond.

Le toucher rectal permet de sentir une résistance formée sans doute par une bride péritonéale. Pas d'accidents fébriles.

A la demande du malade, nouvelle laparotomie faite en suivant la ligne de cicatrisation. Accès sur le cœcum dur et recouvert de brides péritonéales le maintenant fixe dans la cavité abdominale.

On libère les adhérences péricœcales et on referme le péritoine et la paroi.

Réunion par première intention ; on enlève les fils huit jours après. Le malade sort le 3 janvier 1895 en parfaite santé. Revu dix-huit mois après, il déclare n'avoir plus eu aucune douleur.

OBSERVATION IX

(In Thèse VULLEMINOT, 1905, Lyon)

Fr... Louise, quinze ans, sans profession. Depuis l'âge de quatre ans, la malade se plaint de douleurs dans le ventre et principalement à droite. Les douleurs étaient jusqu'à ce jour passagères, mais vives, revenant avec des intervalles d'un jour à une semaine. Depuis trois semaines, les crises douloureuses sont plus longues et plus rapprochées.

Elle entre à l'hôpital le 25 juin 1902.

Le 29, intervention. Incision sur le bord externe du grand droit ; on trouve l'appendice très long, sans méso, inclus dans le méso-cœcum à la façon d'une artère. On le résèque. On ne trouve pas trace de péritonite péri-appendiculaire, mais on constate la présence de nombreux ganglions, de la grosseur d'une amande, dans l'angle ilio-cœcal, et autant de plus petits, à quelque distance des premiers, dans le méso-cœcum.

Nous revoyons cette malade au mois de novembre 1904. Elle a toutes les apparences d'une bonne santé. Cependant, elle a continué à souffrir du ventre depuis son opération.

Elle présente, chaque mois, au moment de ses règles, de véritables crises douloureuses qui l'obligent à garder le lit.

Nouvelle intervention ; on trouve une bride unissant la trompe au cœcum.

Libération et ablation de la muqueuse de la surface d'implantation.

La malade, revue l'année 1906, ne présente plus aucun trouble douloureux.

OBSERVATION X

(VUILLEMINOT, *in Thèse*, Lyon, 1905)

T... Pierre, 35 ans, cordonnier.

Entre à l'hôpital le 4 décembre 1902.

Le malade a déjà eu deux fois des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, avec ballonnements du ventre, vomissements et constipation ; la première de ces crises remonte au mois de mai ; la deuxième est celle qui amène le malade à l'hôpital. Elle a débuté en novembre.

Actuellement, les phénomènes aigus ont disparu. Le malade éprouve une douleur très nettement localisée à la pression, dans la fosse iliaque droite, en un endroit correspondant à peu près au point de Mac Burney.

A la palpation, léger empâtement de la région. Le 9 décembre, appendicectomie.

Le malade sort avec sa plaie cicatrisée.

Le 27 octobre 1903, nous retrouvons le malade qui se porte très bien depuis son opération. Pas de douleur spontanée, ni à la pression. Belle cicatrice, pas d'éventration, seulement quelques tiraillements, après les grandes fatigues.

Le malade nous raconte qu'il a été soigné pour péritonite, à l'âge de 25 ans.

Il ne peut pas nous donner des renseignements précis sur cette maladie. Nous soupçonnons des adhérences.

OBSERVATION XI

(Th. VUILLEMINOT, Lyon, 1905),

L... Alfred, 49 ans, commis des tabacs.

Entre à l'hôpital le 17 mars.

Première crise d'appendicite il y a 22 mois.

Seconde crise en juillet 1902. Ces deux crises furent passagères et peu violentes.

En janvier 1903, nouvelle crise très violente, qui dura dix jours, avec réaction péritonéale intense.

Le malade, actuellement, ne souffre plus du tout. Il vient se faire opérer à froid.

Le 25 mars, appendicectomie. Le malade se remet très vite de son opération et sort guéri le 15 avril.

17 décembre 1904. Le malade nous écrit qu'il a repris son service trois mois après l'opération et qu'il est à peu près guéri. Cependant, de temps en temps, il ressent une douleur au côté droit du ventre.

Il revient nous voir ; nous portons le diagnostic d'adhérences et le décidons à se faire opérer.

OBSERVATION XII

(Th. VUILLEMINOT, Lyon, 1905)

B... M., 18 ans.

Entre à l'hôpital le 31 mai 1902.

Il y a quinze jours, elle a ressenti dans la fosse iliaque

droite une vive douleur. Elle se mit au lit pendant quelque temps. La douleur cessa, mais lorsqu'elle voulut reprendre son travail, nouvelle attaque appendiculaire. Pas de vomissements, ni de symptômes de perforation. La température baisse.

Le 13 juin, laparotomie. On est obligé, pour trouver l'appendice, d'agrandir l'incision vers le haut. On finit par trouver cet appendice adhérent à la paroi abdominale antérieure et ayant entamé le cœcum vers le haut ; on laisse une mèche.

8 juillet. La malade sort. Elle revient de temps en temps se faire panser.

Novembre 1904. Nous avons revu cette malade. Elle travaille depuis son opération. Elle n'a pas de symptômes douloureux du côté de la vésicule ou du creux épigastrique, mais elle se plaint de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. Ces douleurs ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de vomissements. Nous pensons à la formation d'adhérences péricœcales.

OBSERVATION XIII

(VUILLEMINOT, Lyon, 1905)

M... Claude, 36 ans, tisseur.

Entre à l'hôpital, avec le diagnostic d'appendicite à répétition, le 24 août 1900.

Il y a un an, première colique ; depuis, trois autres, dont la dernière, il y a un mois. Ces accès se manifestaient par de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans la région lombaire. Pendant trois à quatre semaines, il était obligé de garder le lit.

25 août. Opération. L'incision est faite sur le bord externe du grand droit, mais l'appendice est difficile à trouver ; il est plus en dehors et assez profond. Il est adhérent au cœcum et, extérieurement, son extrémité libre est pédiculisée.

L'aspect extérieur n'a rien d'anormal, sauf à cette extrémité libre, où on voit une petite perforation ; de plus, on trouve un peu de pus.

Une section longitudinale montre les deux parties de l'appendice nettement séparées. L'extrémité libre présente une transformation fibreuse, un aspect pâle, blanchâtre. La partie communiquant avec l'intestin est, au contraire, très congestionnée. Il est probable que c'est là que s'est faite la dernière poussée d'appendicite.

Le 31 août, le malade présente une phase de prostration, simulant la catalepsie, cela, après avoir déliré pendant deux nuits consécutives.

Excitation nécessitant la camisole de force.

Le 5 septembre, le malade sort.

En décembre 1904, le malade nous écrit : « Je me porte assez bien. Je n'ai pas repris de crises. Je ressens seulement quelques picotements dans le côté, si je me fatigue. Mais ce ne sont plus les mêmes douleurs. »

Au mois de février 1905, le malade nous écrit : « Les douleurs que j'éprouve sont de véritables tiraillements, je ne puis plus travailler. »

Sur notre invitation, il rentre à l'hôpital ; incision sur la cicatrice antérieure, ouverture du péritoine. Le cœcum paraît libre ; cependant, à son extrémité inférieure gauche, une petite bride le relève et le rejoint à une anse grêle. Ablation et destruction des points d'implantation.

On resuture le péritoine et la paroi. Le malade se porte bien et vaque à ses occupations.

OBSERVATION XIV

(1898, *Thèse* de VUILLEMINOT, Lyon)

M... P... Philomène, 35 ans, cultivatrice.

Entre à l'hôpital le 5 mai 1898.

La malade revient pour une fistule stercorale consécutive à une première incision d'abcès pour appendicite.

OPÉRATION. — Laparotomie latérale. On ne trouve plus qu'une petite portion de l'appendice ; le reste est, soit dans le trajet fistuleux, soit déjà résorbé. Résection de cet appendice à la base. On empiète même un peu sur la paroi cœcale. Curettage du trajet fistuleux. Sutures.

Le 14 juin, la malade sort, conservant un suintement léger au niveau de l'ancienne fistule.

La malade nous écrit que, pendant l'année qui a suivi son opération, elle a ressenti des douleurs dans le ventre, douleurs survenant après les fatigues. Depuis cinq ans et demi, elle vaque à ses occupations sans avoir eu la moindre crise douloureuse. Les douleurs qu'elle a présentées n'avaient point le caractère de crises, mais de simples tiraillements occasionnés probablement par des adhérences.

OBSERVATION XV

(G. MARION. *in* *Thèse* GROUEW)

Le 19 septembre, entré à l'hôpital Broussais, salle Folin, n° 30, un jeune garçon de dix-huit ans, Joseph L...

pour une constipation absolue que ni purges ni lavements ne parvenaient à vaincre. Cette constipation avait débuté douze jours avant son entrée à l'hôpital ; depuis quatre jours étaient, en outre, apparus des vomissements alimentaires, aujourd'hui fécaloïdes, et de violentes douleurs dans l'abdomen.

Je remplaçais à ce moment M. Michaux, et je vois le malade le 20 septembre au matin. L'état était mauvais, la température était à $37^{\circ}4$, le pouls battait 148. Le facies était péritonéal, les yeux excavés, le nez pincé, la langue sèche. Le ventre était ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais cette douleur n'était pas excessive. A la percussion, il existait de la submatité à la partie inférieure. Le malade avait vomi toute la nuit.

En même temps, je remarquai, dans la fosse iliaque droite, la cicatrice d'une opération, à coup sûr d'appendicite. En effet, au mois de juillet dernier, le malade avait été opéré d'une appendicite à chaud, dont il avait parfaitement guéri, si bien qu'un mois après, il avait pu reprendre ses occupations.

En face d'un tel tableau, j'hésitai entre une occlusion intestinale et une péritonite généralisée, avec arrêt des matières et des gaz par paralysie intestinale. Comme cause de l'une ou de l'autre affection, j'admis une lésion en rapport avec l'appendicite antérieure. En tout cas, il n'y avait pas à hésiter, une intervention pouvait seule sauver le malade. Je la pratiquai immédiatement. La laparotomie médiane me montra que, contrairement à ce que me faisait prévoir la percussion de l'abdomen, il n'existait pas trace de liquide, et que la matité obtenue devait être mise sur le compte de la distension extrême des anses intestinales. Celles-ci étaient rouges, excessivement distendues. Mais avant d'arriver au cœcum, l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendues et affectées, existait une masse formée par un amas d'anses

repliées et collées contre la fosse iliaque droite. Je dégageai ces anses, entre lesquelles il existait un peu de pus. Le cœcum était retenu par une brique s'insérant sur sa partie externe ; à la partie interne, un épaississement, trace de la résection de l'appendice. Drainage et fermeture partielle de l'abdomen.

Le malade alla à la selle le soir même de l'opération. Il vomit encore pendant quelques jours, en même temps que le drain abdominal donnait issue à une quantité notable de pus. L'amélioration fut cependant rapide, et le 10 octobre, le malade était complètement guéri.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De la lecture des observations publiées, il ressort qu'au cours des laparotomies secondaires à l'appendicectomie, nous avons rencontré des adhérences présentant des types un peu différents.

Rarement le moignon appendiculaire était intéressé. Béra et Mintz citent deux cas où des adhérences existaient entre le moignon appendiculaire et le péritoine génital. Dans aucune observation nous ne retrouvons semblables dispositions des lésions.

— Les adhérences observées sont plus ou moins longues, plus ou moins épaisses, et le plus souvent constituées par l'épiploon.

— Leur point d'implantation est variable à l'infini ; tantôt nous les voyons se jeter sur la paroi abdominale de la fosse iliaque droite, sur le cœcum ou sur les anses grêles des voisines.

— Ces brides, uniques ou multiples, peuvent affecter une direction quelconque, se croiser en écharpe, comprimer les anses libres de l'intestin et créer ainsi l'obstruction intestinale, facile à s'expliquer si l'on se rap-

pelle que l'expulsion des matières fécales est due aux contractions du cœcum. Lorsque cette contraction se produit, le cœcum est retenu dans son action par des adhérences reliées à ses fibres et qui les tiraillent douloureusement en empêchant l'expulsion du contenu. Exceptionnellement, ces adhérences sont épaisses, larges, recouvrant une large surface. En définitive, quels que soient leur importance et leurs points d'implantation, la formation des adhérences résulte toujours d'un processus inflammatoire scléreux.

PATHOGÉNIE

Au cours d'appendicectomies, on rencontre souvent des adhérences péritonéales constituées par des brides provenant de poussées péritonéales et appendiculaires. Le chirurgien, tombant sur un foyer infecté, est obligé de les respecter ; ce sont les barrières de l'infection, mais ces minces brides, plus tard, vont causer les troubles douloureux que nous venons d'étudier. D'autres fois, ces adhérences formées à la suite d'un processus chronique par petites poussées successives, seront détruites, mais se reconstitueront rapidement. Tantôt, au contraire, ces adhérences se sont formées après l'intervention.

Comment expliquer la formation de ces adhérences, preuve manifeste d'une réaction de la région appendiculaire.

Il y a donc eu une infection, nous allons rechercher quelle en a été la cause.

Le mode opératoire par lequel on procède à l'ablation de l'appendice pourrait peut-être rendre compte des troubles observés.

Dans l'appendicectomie, on n'a pas enlevé l'appendice entier ; le moignon reste en place, et avec lui, à la jonction de ce moignon avec le cœcum, la valvule de Guerlach, si capricieuse dans son développement que parfois elle existe à peine, est notoirement insuffisante et laisse pénétrer des matières fécales dans l'appendice. Devient-elle alors le siège d'une inflammation aiguë ou chronique, cette inflammation occasionnant un rétrécissement aigu ou chronique, la transforme en obturateur ; alors voilà l'appendice devenu brusquement ou lentement un vase clos, le vase clos de la théorie de M. le Professeur Dieulafoy.

Ce vase clos n'est pas exclusivement formé par le mécanisme de l'obturation calculeuse qui est en définitive rare, mais par des rétrécissements fibreux situés dans différents points. Parmi ces derniers, il en est qu'on voit, ceux-là siègent dans toute la portion de l'appendice qu'on enlève ; mais il en existe aussi certainement qu'on ne voit pas, et ceux-là sont au niveau de la valvule de Guerlach.

L'appendice a, dit-on, été enlevé, mais devons-nous oublier que jamais nous n'avons l'appendice entier sous les yeux, une partie échappe toujours à l'examen, c'est le point d'implantation de cet organe sur le cœcum.

L'insuffisance ou la rétraction de la valvule de Guerlach, suivie du rétrécissement de l'orifice appendiculocœcal, ferait comprendre bien des particularités cliniques ou anatomiques mal expliquées, si l'on pouvait toujours se rendre compte de l'état de cet orifice et de la valvule ; mais la technique courante prescrit de laisser

en place un court moignon de l'appendice. On ne sait donc jamais quelles lésions existent à sa base.

La muqueuse appendiculaire contient un grand nombre de micro-organismes que ni le thermaucatère, ni les antiseptiques ne peuvent atteindre ; il faut toujours craindre comme possible la pullulation de ces organismes ou de leurs toxines, qui à eux suffiront à rallumer un foyer éteint et ainsi à créer une infection atténuée contre laquelle le péritoine va se défendre grâce aux exsudats organisés bientôt en fibres et en membranes.

Au cours d'une appendicectomie, il peut arriver que les fils de catgut ou de soie employés à la ligature de l'appendice ou à son enfouissement soient septiques.

L'observation suivante, empruntée à la thèse de Chapon, et l'observation empruntée à Schwartz, montrent la possibilité d'un tel mode d'infection.

OBSERVATION XVI

Mélanie P..., 34 ans, entrée le 8 mai 1899, avait été opérée en 1897 d'un kyste de l'ovaire droit et, quatre mois après l'opération, elle eut des crises douloureuses intermittentes, douleurs nettement localisées dans la fosse iliaque droite, vomissements pendant les périodes douloureuses, œdème du membre inférieur droit.

M. Poirier a fait une laparotomie latérale. Appendice adhérent, plaqué contre les vaisseaux iliaques. Dissection difficile de haut en bas: Le sommet de l'appendice adhère au bord du ligament large, dans la région du pédicule ovarien. En ce point, maximum d'adhérences. En ce moment, un fil de soie en contact intime avec l'appendice est extrait.

Rupture des adhérences, résection de l'appendice. Drains. Suture. Guérison définitive. La malade, revue en avril 1901, ne souffre plus.

OBSERVATION XVII

(Résumé d'après SCHWARTZ — *Société de Chirurgie*
de Paris, 1902)

Femme de 25 ans, opérée à Necker, en septembre 1900, par M. Routier : appendicectomie à chaud, pas de drai-

nage. Au niveau de la cicatrice opératoire, s'est produite une éventration, dont la cure radicale n'amène pas d'amélioration. En novembre 1901, douleurs dans la fosse iliaque droite, état nauséux, constipation. Puis survint une poussée aiguë avec douleurs et vomissements, point de Mac Burney assez net ; amélioration par le traitement médical. Mais les douleurs sourdes persistent. Le 25 janvier 1902, la malade est reprise de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, avec vomissements verdâtres, constipation, pouls rapide, température normale. Les phénomènes se calment après l'application de glace ; on palpe alors à la partie supérieure de la cicatrice une petite tumeur dure, légèrement sensible.

Laparotomie latérale le 8 février : pas d'adhérences, moignon appendiculaire très régulier ; sur le bord libre de l'intestin grêle, à 5 centimètres de l'angle ilio-cœcal, petite tumeur régulière, dure, rosée, avec, sur l'intestin, nombreuses plaques de fibrine non organisées. Extirpation. Suites opératoires simples. Exeat le vingt et unième jour. Depuis, guérison maintenue.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un fibrome inflammatoire, à dégénérescence graisseuse centrale, et développé autour d'un fil (probablement fil de soie), reliquat d'une intervention antérieure.

Le chirurgien, ses aides, ses instruments, ne peuvent-ils pas, eux aussi, créer un foyer septique et provoquer ainsi une légère poussée de péritonite.

Ces accidents sont rares, je l'avoue, mais toujours, et je me rappelle encore la leçon de clôture du grand clinicien, le Docteur Campenon, on doit veiller à éviter ces complications qu'ensuite on ne s'explique pas.

Sous l'influence d'une suppuration de la paroi, suppuration qui retentit sur le feuillet pariétal du péritoine, on peut voir de ces adhérences.

En somme, deux grandes causes président à la formation des brides et des adhérences péricœcales :

D'une part, la présence d'un foyer, d'un milieu septique endogène.

D'autre part, une infection surajoutée au moment ou après l'opération. Sans doute, le réveil tardif des accidents milite contre une infection primitive, suivant un des modes exposés. Cependant, beaucoup de malades commencent à souffrir à leur lever et rien n'explique pourquoi les accidents n'apparaissent pas à la suite de l'opération.

Au cours des opérations pratiquées pour adhérences douloureuses, on peut se rendre compte que la douleur n'est nullement en rapport avec l'étendue et le nombre des adhérences ; au contraire, dans le cas d'adhérences

multiples, les douleurs sont sourdes ou se manifestent à peine.

A la sensibilité propre que peut avoir le péritoine enflammé localement et chroniquement, s'ajoutent les phénomènes de gêne.

Les sensations douloureuses reconnaissent pour une grande part une origine mécanique.

La présence d'une bride péritonéale ou de plusieurs reliant le cœcum au péritoine, à l'intestin ou à la paroi suffit à expliquer les tiraillements, l'obstacle porté au péristaltisme intestinal et la gêne dans la circulation du contenu intestinal.

Cette gêne permanente amène de la constipation se manifestant par l'apparition d'un gros boudin fécaloïde emplissant le cœcum. L'ampoule alourdie tire sur les insertions de son méso et sur les plexus nerveux, si riches dans cette région de l'abdomen.

A la suite d'appendicites suppurées, fréquemment il se constitue de nombreuses adhérences formant un éventail péricœcal. Cette disposition nouvelle constitue une véritable symphyse cœcale. Dans ces conditions, le cœcum est soutenu de tous côtés, par suite les tractions qu'il exerce du fait de sa pesanteur se répartissent sur une plus grande surface, occasionnant de moindres effets.

Les brides étroites, peu nombreuses, s'accompagnent de vives douleurs, soit que les tiraillements transmis par elles soient plus violents, soit qu'elles annoncent des phénomènes d'obstruction intestinale en aplatisant le conduit intestinal.

Mais si ces dispositions variables des adhérences péricœcales expliquent la différence des phénomènes douloureux, il est un autre facteur à envisager dans la pathogénie de ces douleurs : c'est le coefficient nerveux du sujet. Bien que nous n'ayons relevé aucune tare nerveuse dans nos observations, « on peut dire, à propos de ces adhérences péritonéales peu étendues, donnant lieu à des symptômes d'importance disproportionnée, ce qu'on a dit des varicocèles douloureux, des noyaux de mastite à forme névralgique : ce n'est pas la lésion qui est douloureuse, mais le sujet qui est trop irritable. »

Il est très intéressant de signaler une complication l'entéro-colite retrouvée chez des malades ayant subi l'appendicectomie.

On a observé des crises d'entéro-colite survenir chez des malades présentant des adhérences douloureuses. Duvergey, dans un article paru dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, en signale deux cas :

Deux femmes opérées d'appendicite présentent des phénomènes d'entéro-colite. Jusqu'à ce moment, leurs selles, exemptes de glaire, montrent, après l'opération, des membranes dont le rejet s'accompagne de vives douleurs.

On intervient dans les deux cas ; chez l'une, l'entéro-colite disparaît complètement avec la libération des adhérences.

M. Paul Régnier cite un cas analogue lors de la communication retentissante de M. le Professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine.

« Quelquefois des adhérences persistent, qui entretiennent l'entéralgie. Il m'est arrivé de réopérer dernièrement un malade auquel j'avais enlevé l'appendice malade, qui avait des crises d'entéralgie membraneuse persistantes et qui furent amendées et disparurent finalement par le fait de la section de brides épiploïques qui unissaient la partie inférieure du cœcum à l'intestin et comprimaient la valvule iléo-cœcale.

EVOLUTION. — PRONOSTIC

L'évolution du syndrome dû aux adhérences douloureuses péricœcales, survenant après l'appendicectomie, varie essentiellement d'une forme à l'autre.

Dans la forme chronique, la durée est illimitée. Les douleurs varient d'intensité avec la localisation des adhérences et avec le tempérament du sujet. S'il ne survient pas d'accidents d'obstruction intestinale, le malade pourra, selon les cas, supporter assez stoïquement son mal, auquel la thérapeutique médicale apportera quelques soulagements ; ou, au contraire, les douleurs sont insupportables et le chirurgien propose une intervention acceptée.

Ces douleurs incessantes attristent singulièrement la vie de ces malheureux obligés de renoncer à leurs occupations ou même de garder le lit. On comprend que chez des sujets prédisposés puissent se développer des névroses, par un mécanisme qui rentre dans ce qu'on a décrit sous le nom d' « hystéro-neurasthénie par traumatisme interne ». (Levrey).

L'état général se trouve profondément modifié, des

troubles accusés se révèlent. L'anorexie, la dyspepsie peuvent provoquer un amaigrissement conduisant le sujet à une véritable cachexie.

Enfin, la constipation si rebelle peut devenir l'origine de congestions locales des organes abdominaux, de résorptions putrides et d'auto-intoxications qui provoquent des migraines, de la céphalée continue et des troubles nerveux pouvant aller jusqu'aux accès convulsifs.

DIAGNOSTIC

En face d'un individu pris en pleine santé apparente, de violentes douleurs abdominales, d'éruptions, de nausées, puis de vomissements alimentaires, bileux ou fécaloïdes, avec impossibilité d'émettre des gaz et des matières par l'anus, on n'hésite pas à porter le diagnostic d'occlusion intestinale.

A quelle cause rapporter cette occlusion ?

Ce tableau symptomatique ne caractérise nullement l'occlusion après l'appendicectomie.

Souvent, c'est en découvrant le malade, pour procéder à l'examen de l'abdomen, qu'on songera à la cause possible de l'affection en voyant la cicatrice.

En tous cas, l'esprit averti devra songer à cette occlusion par adhérences post-opératoires.

La localisation des douleurs exagérées par la pression au niveau du foyer appendiculaire devient un signe de valeur. Le clapotement dans la fosse iliaque droite, avec tuméfaction et météorisme, indiquent, d'après Bouveret, une dilatation cœcale par obstacle au-dessous de l'ampoule. Mais malgré tous ces signes, le clinicien

éprouvera souvent de grandes difficultés à reconnaître et le siège et la cause de l'occlusion.

Dans le cas de forme chronique, les antécédents du malade mettront sur la voie du diagnostic. Il faudra être certain que l'appendice a été réséqué et non pas seulement incisé. Si l'appendice était en place, on aurait affaire à des poussées d'appendicite chronique.

On ne devra pas non plus traiter de névrophate un sujet présentant des douleurs de sa fosse iliaque droite, sous prétexte que son appendice a été réséqué. En face d'un malade présentant des douleurs spontanées et provoquées dans la fosse iliaque droite, une constipation opiniâtre consécutivement à une appendicectomie, on devra mettre ces troubles sur le compte des adhérences péricœcales post-opératoires.

Il faudra étudier avec soin les antécédents du malade, en se méfiant des irradiations vers la fosse iliaque des douleurs, des coliques hépatiques, néphrétiques ou utérines.

Les manifestations de l'entéro-colite n'en imposeront pas pour des douleurs dues à des adhérences, la diffusion plus grande des douleurs, qui sous forme de coliques intestinales occupent les trois portions du côlon, les crises fréquentes, la contraction spasmodique et douloureuse du gros intestin, suffiront à la caractériser.

Néanmoins, on devra examiner les selles dans lesquelles on verra des mucosités, des membranes ou du sable, dont on devra bien connaître l'apparition pour ne pas faire de l'entérite une maladie préexistante à l'appendicectomie.

TRAITEMENT

Dans tous les cas, nous chercherons, par des moyens appropriés, à calmer les douleurs parfois intolérables et à favoriser la chasse intestinale qui, parfois rétablie, met fin à la crise.

Pour calmer les douleurs, nous instituerons le repos au lit ; plusieurs fois par jour, on administrera des lavements d'eau chaude dont on élèvera progressivement la température sans jamais dépasser 50 à 55°

Des compresses humides et chaudes seront appliquées au niveau de la fosse iliaque droite ; si les douleurs persistent, on pourra être amené à faire des applications de glace qu'on aura bien soin de mettre sans interruption.

L'emploi de légères purgations, répétées à intervalle de deux à trois jours, a parfois amené une sédation des douleurs.

En instituant ce traitement purement médical, nous arriverons à dépister des crises avortées d'entéro-colites qui auraient pu en imposer pour des adhérences péri-cœcales.

Mais, la plupart du temps, ce traitement palliatif ne

suffira pas et nous serons obligés de recourir au bistouri.

Incisant sur la cicatrice consécutive à l'appendicectomie, nous arriverons sur un foyer d'adhérences que nous détruirons une à une en ayant bien soin d'exciser le pédicule d'implantation de la bride rencontrée.

Un examen attentif et soigné du péritoine, du méso appendiculaire de l'épiploon, nous permettra de ne point laisser échapper ces surfaces dépolies, incrustées, qui sont souvent le point de départ d'adhérences douloureuses. On refermera ensuite l'abdomen après s'être assuré qu'on a pratiqué partout une péritonisation parfaite.

Les bons résultats que donne la libération du cœcum immobilisé par des adhérences ne sauraient nous surprendre, dit M. Demoulin. Elle est en tous points comparable à la libération de la vésicule biliaire dans les cas de péricholécystites fibreuses non calculeuses (opération de Fraenkel Sendler), où la destruction des brides péri-vasculaires a donné de brillants succès ; elle est encore comparable aux faits du Professeur Terrier, qui, pratiquant la laparotomie sur deux sujets soupçonnés de cancer gastrique, ne trouva dans un cas qu'un paquet d'adhérences de l'estomac, consécutives à un ulcère cicatrisé de ce viscère, et dans l'autre, qu'une petite induration au niveau du cardia et de nombreuses adhérences entre la face antérieure de l'estomac et de la face inférieure du foie d'une part, entre le foie et le diaphragme d'autre part, le pylore étant intact. Une guérison parfaite fut la conséquence de ces interventions.

En gynécologie, les succès dus à des libérations d'adhérences ne se comptent plus ; que de femmes, privées

de leurs annexes par une opération antérieure, ont dû subir une seconde laparotomie pour douleurs persistantes qui cessèrent lorsque furent détruites les adhérences, résultat des dénudations péritonéales produites à la première opération et non réparées. Enfin, les adhérences péritonéales douloureuses sont choses communes dans les hernies, et maintes fois déjà, leur suppression fit cesser toute douleur.

Il existe donc une véritable catégorie d'affections douloureuses des organes abdominaux qui sont uniquement le fait d'un travail de péritonite localisée, cela est bien connu depuis longtemps ; ce qui est moins vulgarisé, c'est l'efficacité d'une thérapeutique consistant en laparotomie suivie de destruction des adhérences. A noter que dans le cas de M. Tuffier, la fosse iliaque droite n'était point douloureuse, tandis que dans celui de M. Demoulin, le point de Mac Burney était très évident. Au niveau du cœcum, y avait-il un peu de péritonite localisée due à un processus inflammatoire mal éteint, ou bien les adhérences elles-mêmes déterminaient-elles ces douleurs.

Si l'obstruction intestinale complète, paralysie du cœcum par des adhérences, n'est pas seule en jeu pour produire la rétention fécale complète, la direction de l'iléon modifiée par les adhérences qui le relient à la paroi cœcale interne y contribue pour une large part. Important au point de vue traitement de libérer le cœcum complètement de ses adhérences, mais de détruire aussi les brides qui les réunissent à l'iléon et de rendre autant que possible, par cette opération, à ces deux organes, leur mobilité et leur direction normales.

C'est ce qu'ont fait MM. Tuffier et Demoulin, dont les deux opérés furent ensuite complètement guéris.

Et nous devons nous demander maintenant si tous ces accidents ne peuvent être évités, s'il n'existe pas des précautions préventives permettant de combattre la formation d'adhérences post-opératoires.

Nous avons relevé une plus grande fréquence de la complication dans les interventions à chaud. Mais le chirurgien n'intervient, au moment de la crise appendiculaire, que lorsque la marche des événements l'y oblige. Dans une intervention à chaud, on sera tenu le plus souvent de respecter les adhérences, et dès lors, il sera impossible de prévenir les accidents consécutifs.

Au cours d'une appendicectomie à froid, toutes les adhérences péricœcales devront être au contraire soigneusement sectionnées après ligature, tandis que les surfaces d'implantation seront enfouies.

Les fils de soie semblant avoir un désavantage sur le catgut, c'est avec ce dernier qu'on fera toutes les ligatures intra-péritonéales en particulier celles de l'appendice avant sa résection.

C'est surtout dans le traitement du moignon qu'on redoublera de précautions en cherchant à éviter toutes adhérences ultérieures.

Le moignon appendiculaire, soigneusement touché au thermocautère, sera enfoui dans une manchette du cœcum, et par dessus cette invagination, les parois du cœcum seront suturées au catgut pour éviter la présence d'une surface cruentée à ce niveau.

L'épiploon, réséqué dans toutes les parties enflammées, sera lié par petits paquets.

CONCLUSIONS

1° A la suite d'opérations pratiquées pour appendicite, on observe une complication due à la formation d'adhérences péricœcales. Cette complication existe surtout à la suite d'appendicites suppurées, mais est quelquefois consécutive à une appendicectomie à froid ;

2° Ce sont, tantôt de simples brides, tantôt des adhérences étendues, qui donnent naissance à des phénomènes douloureux ou à des accidents d'obstruction ;

3° Ces douleurs, variables d'intensité suivant le sujet, sont dues à des tiraillements s'exerçant sur les plexus nerveux ou à une gêne fonctionnelle du cœcum, se manifestant par de l'obstruction intestinale ;

4° Le diagnostic s'établira d'après les renseignements fournis par le malade : opéré d'appendicite à une date plus ou moins éloignée, il se plaint de douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. L'examen de la région montrera un empâtement douloureux ;

5° Le traitement préventif consiste, au moment de l'appendicectomie, à pratiquer la section de l'appendice au

thermocautère et à enfouir soigneusement le moignon. S'il n'y a pas de suppuration, on détruira les adhérences, s'il en existe.

Le traitement curatif aura pour but la libération des adhérences et une péritonisation soignée.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
RECLUS

Vu : LE DOYEN,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer:
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARBET. — Quelques cas anormaux d'appendicite. — *Thèse de Paris*, 1898.
- BÉRA. — Complications post-opératoires immédiates et éloignées de l'appendicite. — *Thèse de Paris*, 1899-1900.
- BROCA (A.). — Leçons cliniques de chirurgie infantile. — Paris, Masson, 1902.
- CAZAHLET. — Adhérences péritonéales consécutives à l'appendicectomie. — *Thèse de Bordeaux*, 1907-1908.
- CHAPON. — 62 cas d'appendicite opérés. — *Thèse de Paris*, — 1900-1901.
- COCHOT. — Complications post-opératoires de l'appendicite. — *Thèse de Paris*, 1898-1899.
- COITIER. — L'avenir des appendiculaires. — *Thèse de Paris*, 1898-1899.
- DAMBRIN. — Recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement de l'intestin dans les contusions abdominales. — *Thèse de Paris*, 1902-1903.
- DIAKONOW. — *Kirurgier*, 1902. — Tome XI, fasc. 66, p. 786.
- DIEULAFOY. — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, mai-juin 1906.
- DEMOULIN. — *Journal des Praticiens*, 1898.
- DUPLAY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898.
- DUVERGEY. — *Gaz. hebdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux*, 2 décembre 1906.
- EMERSON BREWER. — *Annals of Surgery*, 2^e semestre 1898.
- FOURNIER (A.). — Adhérences. — in *Dict. de médecine et chirurgie pratiques*. — Paris, Baillière, 1864.
- GOURDON. — Epiploïtes consécutives à la cure des hernies. — *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- GROUEW. — Des occlusions intestinales appendiculaires. — *Thèse de Paris*, 1905-1906.
- GUINARD. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1904.
- KOUIDJY. — Appendicectomie, difficulté de l'opération et accidents.
- LANDER BRANTON. — Suites et résultats du traitement opératoire de l'appendicite. — *Société royale médicale et chirurgicale de Londres*, 28 février 1905.

- LANDERER. — *Zür Chir. des Magens. Münch. med. Woch.*, 1893.
- LAPIERRE. — De l'enfouissement du moignon appendiculaire.
— *Thèse de Bordeaux*, 1906-1907.
- LEGUEU. — Traitement de l'appendicite. — Paris, Masson, 1889.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte au cours des appendicites. —
Thèse de Paris, 1898-1899.
- LONGUET. — Traitement chirurgical de l'angiocholite non calculeuse. — *Thèse de Paris*, 1896.
- MARION. — *Gazette des Hôpitaux*, 1900.
- MORESTIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 27 novembre 1900.
- MULLER. — *Deutsch. Zeits. für Chirurgie*, 1887.
- PAUCHET. — *Gaz. médicale de Picardie*, 1900.
- PHOCAS. — Appendicites, péritonites appendiculaires. — *Thèse de Paris*, 1897-1898.
- POTHERAT. — Congrès de chirurgie, 1895.
- PLETNER et MINTZ. — Pseudo-appendicite consécutive à l'appendicectomie. — *Chirurgia*, juin 1905 ; *in Presse médicale*, 1^{er} septembre 1906.
- QUÉNU et HEITZ BOYER. — *Bulletin Société anatomique Paris*, 10 décembre 1904.
- QUÉNU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 nov. 1893.
- RECLUS. — Cliniques chirurgicales de la Pitié. — Paris, 1899.
- RIOU. — Résultats tardifs de l'appendicectomie. — *Thèse de Paris*, 1907-1908.
- SCHNITZLER. — *Wiener Klinische Rundschau*, 1908.
- SCHWARTZ. — Pseudo-appendicite. — *Bulletin de la Société de Chir. de Paris*, 1902.
- SCHWOB. — Les altérations intestinales au cours de l'obstruction chronique. — *Thèse de Paris*, 1898.
- TESSIER. — *Bull. Soc. Chirurgie de Paris*, 8 juin 1892 et 16 mai 1894.
- TUFFIER-BRUN, RECLUS. — Discussion. — *Bull. Soc. Chir.*, 1895.
- TUJA. — Des occlusions intestinales après la laparotomie. —
— *Thèse de Lyon*, 1894-1895.
- VENOT. — Occlusion intestinale au cours d'une appendicite.
— *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 24 nov. 1907.
- VIOLET (H.). — Les adhérences péritonéales douloureuses. —
Gaz. des Hôpitaux, 18 avril 1907.
- WALTER. — Appendicite chronique. — *Soc. Chir. de Paris*, 1900.
- Epiploïte et appendicite. — *Soc. Chir. de Paris*, 1905.
- WEISS. — Pseudo-appendicite. — *Rev. méd. de l'Est*, 1900.

